N° H 2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MONTANT ROGER-JEAN-FRANÇOIS-MARIE

né à Saint-Bard (Creuse), le 12 Juillet 1898

SUR LES FORMES ASSOCIÉES DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRES

Président : M. Pierre DUVAL, *Professeur*

LIBRAIRIE DE FRANCE
110, Boulevard Saint-Germain, 110
1928

SUR LES FORMES ASSOCIÉES

DE LA

SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MONTANT ROGER-JEAN-FRANÇOIS-MARIE

né à Saint-Bard (Creuse), le 12 Juillet 1898

SUR LES FORMES ASSOCIÉES DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRES

Président : M. Pierre DUVAL, *Professeur*

LIBRAIRIE DE FRANCE
110, Boulevard Saint-Germain, 110
1928

LE DOYEN..... **M. ROGER.**

I. — PROFESSEURS

	MM
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.

Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.

CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
RETTERE	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE (à titre permanent)

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgic.
AUVRAY	Clinique chirurgic.
CHEVASSU	Clinique chirurgic.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgic.
PROUST	Clinique chirurgic.
SCHWARTZ	Clinique chirurgic.
VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	**Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.**
FREY	**Stomatologie.**
CHAILLEY-BERT	**Education physique.**
LEDOUX-LEBARD	**Radiologie clinique.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Pierre **DUVAL**,

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette Thèse,

en très respectueux hommage et profonde admiration.

A ma Famille,

Témoignage de profonde affection.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

Monsieur le Professeur WIDAL.

Monsieur le Docteur Jean BERGER.

Monsieur le Docteur CHEVRIER.

Monsieur le Docteur Henri BOUTIER (in memoriam).

A mes Maîtres de l'Hôpital Saint-Joseph.

Monsieur le Docteur H. MAYET.

Monsieur le Docteur LEURET.

Monsieur le Docteur GENEVRIER.

Monsieur le Docteur LAURENCE.

INTRODUCTION

CHAPITRE I

Pendant nos trois années d'internat dans le Service de Chirurgie Infantile et Orthopédique de l'Hôpital Saint-Joseph, il nous a été permis d'observer près de quatre cents ostéo-arthrites. A côté des formes tuberculeuses les plus nombreuses, et à côté de quelques formes d'ostéo-arthrites syphilitiques nettement caractérisées par leurs aspects clinique, radiologique et évolutif, notre attention a été attirée, sous l'inspiration de notre Maître, le Docteur Henri Mayet, sur certaines formes, dont l'évolution, pour répéter la formule de Ricord, tout en participant de l'une et de l'autre, n'est ni l'une ni l'autre.

Les observations que nous avons pu recueillir dans un service de chirurgie infantile appartiennent forcément à la syphilis héréditaire. D'ailleurs, qu'elle soit héréditaire ou acquise, la syphilis détermine au niveau du système octéo-articulaire des lésions sensiblement identiques.

C'est par une observation longuement surveillée de toute ostéo-arthrite, c'est surtout par l'épreuve du temps que l'existence des formes hybrides s'est révélée à nous avec toute la difficulté de leur diagnostic et avec toute l'importance qui doit leur être attribuée dans le chapitre de la Pathologie ostéo-articulaire.

Nous abordons ainsi d'emblée le problème de l'hybridité. La difficulté de prouver d'une façon certaine l'existence de la fusion des lésions tuberculeuses et syphilitiques pour créer un type clinique, ne doit pas faire écarter l'hypothèse de cette fusion. Nous verrons dans d'autres chapitres combien d'auteurs — surtout parmi les modernes et parmi ceux qui ont vu beaucoup d'ostéo-arthrites — ont longuement discuté pour arriver à faire à ce sujet de très subtiles distinctions. Obligés de reconnaître l'existence de lésions tuberculeuses chez des sujets syphilitiques, ils ont voulu distinguer la coexistence de l'hybridité.

Nous allons envisager, dans ce travail où nous apportons les observations les plus concluantes que nous avons pu réunir, l'étude clinique évolutive de ces formes et leur traitement. Nous tenons surtout à bien mettre en évidence l'ensemble des caractères physiques, physiologiques et surtout évolutifs qui peuvent autoriser à faire entrer dans le cadre des formes associées, toute ostéo-arthrite dont l'allure n'est pas franche.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons l'historique de la question. Nous verrons combien, surtout dans la seconde moitié du XIX[e] siècle, la lutte fut vive; certains auteurs firent une large place aux formes associées au détriment des formes purement spécifiques que certains — parmi lesquels Ricord — allèrent jusqu'à nier.

Après avoir résumé l'opinion des auteurs contemporains sur la question, nous opposerons d'une manière forcément toute schématique les caractères distinctifs des deux formes.

Il nous a paru intéressant de rappeler ensuite, dans un troisième chapitre, les nombreuses associations de la syphilis et de la tuberculose dans la pathologie générale.

Nous serons amenés ainsi à l'étude des formes associées ostéo-articulaires. Sur nos quatre cents observations d'ostéo-

arthrites, nous n'avons pu trouver qu'une seule observation indiscutable d'hybridité. Les examens de laboratoire, les radiographies répétées, l'évolution suivie pendant plus de trois années nous autorisent à tirer de cette observation des conclusions affirmatives sur la nature mixte des lésions.

Mais à côté de cette observation-type, nous avons pu réunir plusieurs cas d'ostéo-arthrite où certains signes cliniques, radiologiques et surtout évolutifs nous ont conduit à penser à la tuberculose et à la syphilis associées.

De ces observations nous avons dégagé deux grandes formes d'ostéo-arthrite hybrides suivant l'évolution. Il nous a semblé que, dans certains cas, la syphilis l'emportait sur la tuberculose et l'affection évoluait à la manière d'une ostéo-arthrite spécifique. Dans d'autres cas, au contraire, souvent après un temps d'amélioration passagère, le processus tuberculeux passait au premier plan et l'affection prenait l'allure purement bacillaire.

L'étude de ces différentes modalités d'évolution nous a conduit à préconiser un traitement anti-syphilitique très prolongé et une immobilisation sérieuse de toute ostéo-arthrite mixte. Nous verrons surtout l'importance qu'il faut attribuer au temps pour juger sainement de la guérison.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'histoire de la syphilis ostéo-articulaire est relativement de date récente et sa symptomatologie n'est pas aussi connue que celle de la syphilis osseuse proprement dite.

Les auteurs anciens qui ont écrit sur le mal vénérien ont bien signalé les arthralgies (Traité des maladies des os de Petit, par exemple); mais, comme ils ne distinguaient pas la syphilis de la blénnoragie leur description ne peut avoir la moindre valeur.

Hunter avait déclaré qu'il n'avait jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations. Il faut arriver jusqu'à Chomel, en 1837, pour voir signaler la première fois l'hyperostose des extrémités osseuses comme une lésion syphilitique.

En 1853, Richet décrit une localisation de la syphilis tertiaire au niveau des articulations sous le nom de tumeur syphilitique. Le premier, il affirma que la syphilis pouvait déterminer l'apparition de synovites et d'ostéites articulaires chez des sujets qui n'étaient en rien scrofuleux, contrairement à l'opinion de Ricord qui, à cette époque, n'admettait rien de semblable. « Je n'ai jamais rencontré de cas, dit-il, dans lesquels le virus syphilitique ait déterminé d'une manière directe l'affection articulaire; mais si des individus scrofuleux viennent à contracter la syphilis, il peut résulter du mélange de ces deux diathèses un état mixte qui participe de l'une et de l'autre, mais qui n'est ni l'une ni l'autre exclusivement, et si une tumeur blanche vient à apparaître, elle présente des

caractères mixtes de vérole et de scrofule contre lesquels réussissent à merveille les iodures de mercure. »

En somme, un des plus grands noms de la syphiligraphie a nié l'existence de la tumeur blanche purement syphilitique. Richet, au contraire l'admet, et par des observations, démontre l'existence de la synovite et de l'ostéite syphilitique épiphysaire, retentissant sur l'articulation.

Malgré des faits avancés par Richet, Panas, dans son article *Articulation*, du Dictionnaire de Jaccoud, s'éleva contre cette interprétation.

Après avoir rappelé que Rust, Galbiati et Crocq ont fait connaître plusieurs exemples de tumeurs blanches syphilitiques, Panas passe attentivement en revue les faits avancés par Richet. Au sujet de ces trois cas de synovites syphilitiques, il met en doute l'existence de la syphilis, et rapporte la guérison obtenue, non point seulement au traitement ioduré, mais au vésicatoire, à la compression, aux bains sulfureux. Les trois autres faits d'ostéo-synovite ne lui paraissent pas plus démonstratifs; dans les deux premiers, il estime qu'il s'agissait simplement d'une ostéite compliquée d'hydarthrose. Le troisième seul est un fait de tumeur blanche, mais l'auteur auquel Richet a emprunté son observation dit explicitement qu'il s'agissait d'un scrofuleux ayant contracté la syphilis. Il affirme de nouveau cette opinion en 1879 à la Société Clinique à propos d'une observation de Cottin; pas plus qu'en 1865, époque à laquelle il écrivit son article, il n'admet la tumeur blanche syphilitique.

Les deux variétés décrites par Richet furent cependant acceptées par Lancereaux qui, en 1873, publia la première autopsie d'arthropathie syphilitique et montra qu'au-dessous de la synoviale pouvaient se faire des dépôts graisseux, des infiltrations gommeuses. En même temps qu'il montrait l'existence de ces lésions syphilitiques tertiaires, Lancereaux donnait

une bonne étude des manifestations articulaires de la période secondaire. Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, en 1878, nia la tumeur blanche syphilitique tout en admettant, avec Lancereaux, l'infiltration gommeuse péri-synoviale produisant une hydarthrose par irritation de voisinage.

A partir de 1880, les remarquables travaux cliniques de Fournier et de ses élèves apportent plus de précision à la connaissance de la syphilis ostéo-articulaire. C'est vers cette époque que paraissent les importants travaux de Dubreuil sur les pseudo tumeurs blanches syphilitiques et la thèse de Méricamp sur l'ostéo-arthrite déformante. Après le travail de Méricamp, nous devons signaler, sur les lésions syphilitiques des articulations, les études de Max Schunner, de Volkmann, de Gangolphe.

Les observations d'arthrites syphilitiques se succédèrent ensuite avec l'école de Lannelongue. A l'étranger, il faut signaler le mémoire de Clutton sur la synovite symétrique des genoux.

Mais, c'est surtout grâce à la radiographie que l'on a pu étudier de très près la syphilis ostéo-articulaire. C'est elle qui a permis de préciser la nature anatomo-pathologique des lésions.

Au cours de ces vingt dernières années, de très nombreux travaux ont paru sur la syphilis ostéo-articulaire. La vulgarisation de la réaction de Bordet-Wassermann, la thérapeutique efficace employée actuellement contre les manifestations syphilitiques ont, semble-t-il, conduit beaucoup d'auteurs à traiter toute ostéo-arthrite qui n'a pas une allure franchement bacillaire comme une lésion purement spécifique.

Dans les nombreux articles qui ont paru sur la syphilis ostéo-articulaire ainsi que dans la plupart des thèses de ces dernières années sur le même sujet, il nous a paru que le

chapitre des lésions associées avec la tuberculose n'avait pas l'importance qu'il mérite. Nous reviendrons, du reste, plus longuement sur ce point à la fin de ce travail.

De la lecture des travaux des auteurs contemporains sur cette question, il semble résulter qu'à l'heure actuelle il y a deux grandes classes d'ostéo-arthrites : les ostéo-arthrites tuberculeuses et les ostéo-arthrites syphilitiques. Notre modeste opinion est qu'il existe une troisième catégorie non moins importante : ce sont les formes associées de la syphilis et de la tuberculose ostéo-articulaire. Le but de ce travail sera de faire connaître quels signes cliniques, radiologiques et surtout évolutifs de certaines ostéo-arthrites ont pu nous amener à cette nouvelle classification.

CHAPITRE III

CARACTERES COMPARES DES OSTEO-ARTHRITES SYPHILITIQUES ET TUBERCULEUSES

Nous avons vu, en faisant l'historique de la syphilis ostéo-articulaire, que sa connaissance est de date relativement récente, alors que la tuberculose osseuse n'aurait pas été ignorée d'Hippocrate. En vérité, il faut arriver aux travaux de Jean-Louis Petit, Lissefranc, Auguste Nélaton pour en avoir une connaissance clinique exacte.

Depuis la fin du siècle dernier, l'étude de la syphilis osseuse a dépassé le cadre des malformations périostiques que la radiographie a précisées pour prendre figure d'entité clinique avec son étiologie, sa symptomatologie et son évolution bien connue. D'excellents travaux, parmi lesquels la thèse de Bénazet sur « La syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent », ont considérablement augmenté les premières bases constituées par le fameux « Tibia Lannelongue » et les travaux anatomo-pathologiques de Gangolphe.

A l'heure actuelle, la syphilis osseuse proprement dite se présente avec des caractères cliniques et surtout radiologiques tels que son diagnostic, aidé encore par l'apport du laboratoire, s'impose souvent. Les lésions présentent, en effet, un aspect véritablement caractéristique. Sur les diaphyses on note un épaississement des bandes de tissu compact, en même temps que le rétrécissement de la lumière du canal médullaire. Cette opacité considérable du fuseau d'hyperostose peut arriver à masquer presque complètement le canal.

Sur les épiphyses, au début, c'est l'apparition de taches claires, disséminées au sein du tissu osseaux et, plus tard, d'une déformation considérable du pourtour articulaire, épaississement de l'épiphyse et opacité croissante de l'ombre radiographique.

Ce qui la caractérise surtout, c'est plus que sa tendance à détruire, sa tendance à reconstruire, à reformer de l'os par poussées fluxionnaires qui se superposent et qui signent en quelque sorte l'âge des lésions. Cliniquement, l'hyperostose diaphysaire se traduit sur les os longs par une saillie convexe en avant et en dedans.

Mais si elle affectionne la diaphyse et particulièrement les os longs, la syphilis atteint aussi les épiphyses. Et là, ses caractères varient beaucoup : les lésions peuvent être très discrètes, et c'est alors que le diagnostic différentiel avec la tuberculose devient très difficile.

D'autre part, c'est une articulation et non plus seulement un os ici qui est touché. La lésion pour ainsi dire n'est plus seulement anatomique d'ordre ostéologique, elle devient articulaire. Elle va par conséquent entraîner une réaction dans les parties constituantes de l'article. Il va y avoir un trouble fonctionnel variable qui ne sera pas le même suivant la localisation de l'affection.

Il faudra soigneusement étudier de très près cette lésion dans sa forme, dans son aspect, dans sa coloration, dans sa symptomatologie : douleurs, impotence et surtout dans son évolution pour poser un diagnostic différentiel avec la tuberculose. Le problème n'est plus le même qu'en présence d'une lésion purement osseuse où la syphilis a marqué son empreinte comme pour un accident cutané ou muqueux.

L'observation des types cliniques rencontrés a amené les auteurs à établir des classifications. Depuis Fournier, on dis-

tingue en dehors des arthralgies qui, pour nous, n'entrent pas dans le cadre de la question :

§. *L'Hydarthrose;*

§. *La Tumeur blanche syphilitique;*

§. *L'Ostéo-arthrite déformante* décrite par Méricamp.

L'Hydarthrose peut être unie ou bilatérale. Classiquement, elle serait dans la règle bilatérale, constituée par des épanchements abondants, mais peu tendus, contenus dans une synoviale qui reste mince. Le choc rotulien garde toujours sa netteté, le cul-de-sac sous-tricipital n'est pas épaissi, ne donne pas la sensation de marche d'escalier comme il arrive quand la synoviale épaissie est en partie remplie de franges exubérantes ou de fongosités. Cette hydarthrose, non traitée, dure des mois, des années. Son immuabilité serait un des meilleurs caractères qui le distingue de l'*hydrops tuberculosus*.

Au point de vue radiographique, les lésions sont souvent très minimes, constituées par des taches claires, situées de part et d'autre du cartilage de conjugaison. Il est rare que l'on observe en même temps au niveau de l'extrémité supérieure du tibia un épaississement marqué de la diaphyse qui apporterait un appoint sérieux au diagnostic.

Traitée, cette hydarthrose spécifique est très sensible à l'arsenic et au mercure. Gibard, dans sa thèse sur la syphilis articulaire, en fait un des meilleurs éléments du diagnostic.

Pour cet auteur, comme pour la plupart de ceux qui ont écrit sur la syphilis ostéo-articulaire, le point capital caractéristique, c'est la guérison et la guérison rapide de cette forme par le traitement. Dans une de ses observations Gibard déclare considérer comme guérie une hydarthrose traitée sans immobilisation et seulement par des injections intra-veineuses de novarsenobenzol pendant six mois. Nous dirons, dans un

autre chapitre, ce que nous pensons de ces conclusions qui n'ont pas eu l'épreuve du temps.

La Tumeur blanche syphilitique individualisée par Richet, étudiée par Fournier, se présente sous l'aspect d'une tuméfaction qui, classiquement, ne se distinguerait de la vraie tumeur blanche que par son évolution régulière, entrecoupée de phases inflammatoires et de périodes de rémission. C'est pourtant à son sujet que les grands signes distinctifs avec la tuberculose avaient été donnés : absence du réseau veineux collatéral, absence d'engorgement ganglionnaire et de fongosités dans la synoviale. En réalité, tous les auteurs reconnaissent qu'elle peut simuler parfaitement la tumeur blanche, en présenter tous ses caractères, depuis la douleur et la limitation des mouvements jusqu'aux déviations anormales avec *genu valgum* ou *varum*.

C'est surtout la radiographie qui, montrant des lésions osseuses importantes avec production d'ostéophytes, sera, devant la disproportion des signes physiques considérables avec l'impotence fonctionnelle minime, un des meilleurs éléments du diagnostic.

L'Ostéo-arthrite déformante ne serait que la tumeur blanche syphilitique à un degré plus avancé. Elle constituerait en somme la forme évolutive de la tumeur blanche; et toutes les divisions qui ont été faites sur ce chapitre ne correspondraient qu'à des aspects d'âge différent de la même lésion.

A l'encontre de la syphilis, qui cultive de préférence au niveau de la diaphyse, comme nous l'avons vu, la tuberculose a une prédilection marquée pour l'épiphyse. La lésion tuberculeuse initiale, infiltrée ou enkystée, est un tuberculome, c'est-à-dire une masse envahie par le bacille de Koch qui se développe par la périphérie en même temps qu'elle se liquéfie par son centre jusqu'à constitution du pus tuberculeux. Cet abcès froid

est susceptible de progression à grande distance par extension du tuberculome envahisseur. La tuberculose ostéo-articulaire atteint la synoviale qu'elle modifie dans sa constitution et désintègre le tissu osseux. Elle est destructive avant tout et comme, en général, elle est épiphysaire, elle n'excite pas l'ostéo-genèse périostique puisque le périoste n'existe plus à ce niveau.

Cliniquement, l'article atteint va traduire très tôt sa souffrance. En effet, dès la phase de début, le premier signe qui attire l'attention, c'est la douleur. L'atrophie musculaire est de règle dans le segment adjacent à la lésion. Cette atrophie est rapide et frappe toujours par son contraste avec l'image radiographique des lésions qui, au début, indique seulement très souvent une légère décalcification.

Nous dirons que, contrairement à ce qui se passe pour la syphilis, les signes cliniques l'emportent en importance et en intensité sur les signes radiographiques.

A côté du pincement articulaire, la diminution de l'espace clair qui sépare normalement les surfaces articulaires, le flou du contour du cartilage articulaire, le manque de régularité du cartilage conjugal sont souvent les seuls signes révélateurs d'une lésion en marche.

Et cependant très vite de gros dégâts fonctionnels apparaissent : des attitudes vicieuses primitivement dues à la contracture musculaire immobilisant le membre dans la position où la cavité articulaire présente sa capacité maxima. Enfin, pour reprendre une expression célèbre, l'adénopathie suit la lésion de la tuberculose ostéo-articulaire « comme l'ombre suit le corps ». Elle est constante et son unilatéralité du côté lésé, soit à l'aisselle, soit au niveau du pli de l'aine, a une grosse valeur.

Sans attribuer à ce signe plus de valeur qu'il n'en mérite,

il faut cependant noter combien fréquemment l'ostéo-arthrite bacillaire va de pair avec un état général déficient, un amaigrissement marqué, un faciès assez spécial et cette hypertrichose discrète mais anormale. Si l'on veut opposer schématiquement les grands caractères distinctifs de la syphilis et de la tuberculose ostéo-articulaire, il faut placer au premier plan le rapport inverse entre les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels. Ceux-ci, toujours très marqués dans la bacillose, à tel point que le processus de guérison aboutit à l'ankylose, sont peu intenses dans la syphilis ostéo-articulaire, en tous cas ne sont pas en rapport avec la gravité des lésions anatomiques. L'aspect de l'articulation diffère souvent par l'absence de circulation collatérale, l'absence d'adénopathie satellite. Ce sont là des signes de début inconstants et de nombreux auteurs les font entrer aussi dans la description de la syphilis ostéo-articulaire. Il en est de même pour l'élément douleur qui ne serait jamais aussi accusée que dans la tuberculose.

Mais le signe capital est la découverte, non pas seulement par une réaction sérologique positive mais par un examen complet du malade, par la recherche méthodique de ses antécédents de la syphilis acquise ou héréditaire. La parole est alors au traitement. S'il s'agit d'une syphilis ostéo-articulaire, l'amélioration rapide se produit; mais pour qu'elle ait toute sa valeur, il faut qu'elle soit durable. On ne peut pas juger de la guérison d'une ostéo-arthrite syphilitique améliorée par quelques mois de traitement anti-spécifique et on n'a surtout pas le droit de la cataloguer comme ostéo-arthrite syphilitique parce que le traitement a donné rapidement une amélioration. On ne peut écarter définitivement la possibilité d'une tuberculose associée que lorsque le temps n'a rien modifié à cette guérison qui semble alors définitive.

Il nous a paru intéressant, pour terminer ce chapitre, de rapporter ici une observation de syphilis ostéo-articulaire que nous croyons indiscutable. Elle nous servira d'élément de comparaison avec les autres formes que nous allons étudier et qui ont eu une évolution toute différente.

SUR UN CAS D'OSTEO-ARTHRITE SYPHILITIQUE DU POIGNET DROIT GUERIE PAR LE TRAITEMENT SPECIFIQUE

Le nommé X..., âgé de 37 ans, a contracté la syphilis à l'âge de 25 ans : chancre de la verge avec adénopathie inguinale caractéristique qui ont été jusqu'alors les seules manifestations de la spécificité. Il a été traité insuffisamment pendant un an par trois séries d'injections intra-veineuses de cyanure.

Son état général est et a toujours été excellent. Il exerce une profession manuelle assez pénible et n'a jamais présenté depuis douze ans la moindre douleur articulaire.

En janvier 1924, apparaît une tuméfaction diffuse de la région dorsale du poignet droit entraînant au début une simple gêne dans les mouvements de l'articulation radio-carpienne. Mais progressivement la tuméfaction dorsale s'étend, elle efface la saillie des apophyses styloïdes et remonte au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras. L'empâtement gagne ainsi la face palmaire et l'aspect général de la main est celui d'une tumeur blanche du poignet avec l'effilement des doigts contrastant avec la tuméfaction ovoïde sus-jacente formée à la fois par les métacarpiens et l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras.

L'exploration réveille une douleur vive en certains points : 1° au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus; 2° sur le tiers

inférieur du bord externe du radius; 3° au niveau de l'interligne radio-carpien; 4° à la base du cinquième métacarpien; 5° sur toute l'étendue du cinquième métacarpien.

Une radiographie est faite qui confirme tout à fait l'impression clinique. Mais l'aspect de la lésion est absolument différent de celui d'une tumeur blanche au poignet. Il existe une gaine épaisse sur la diaphyse des deux os de l'avant-bras, une hyperostose au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus. Tous les os du carpe et particulièrement le scaphoïde et le grand os présentent une décalcification « en clairière » entourée d'une zone irrégulière d'hyperostose. Le troisième métacarpien a des géodes à ses deux extrémités en même temps qu'un pourtour périostique très accusé.

Sur ces signes cliniques et radiologiques, notre Maître, le Docteur Mayet, écarte le diagnostic de tumeur blanche du poignet. L'immobilisation n'est faite qu'avec une simple attelle destinée surtout à protéger l'articulation contre le réveil de la douleur provoquée par les mouvements.

L'examen du sang donne une réaction absolument négative.

Néanmoins un traitement antisyphilitique intense est institué. Le malade reçoit en deux mois deux séries de novarsenobenzol intra-veineux allant de 0 g. 15 centig. à 0 g. 90 centig. Dès la deuxième semaine, les douleurs ont absolument disparu et il semble déjà que la tuméfaction a diminué. Après deux mois de repos, deux séries de Quinby intra-musculaire sont pratiquées.

Au bout du quatrième mois, non seulement il n'existe plus aucun point douloureux, mais encore les mouvements de flexion et d'extension sont possibles.

Pendant les cinquième et sixième mois, des massages légers sont faits tous les deux jours avec de l'onguent mercuriel, tandis que très prudemment on mobilise l'articulation.

Cliniquement, les hyperostoses ne sont plus perceptibles. La main a repris un aspect normal et les diamètres du poignet droit sont sensiblement identiques à ceux du poignet gauche.

La guérison a persisté, absolue, sans aucune tentative de récidive, sans la moindre poussée fluxionnaire depuis cette date. Nous revoyons fréquemment ce malade à qui nous continuons le traitement antisyphilitique et à l'heure actuelle, c'est à peine s'il persiste une très légère limitation des mouvements par rapport au côté sain.

CHAPITRE IV

SUR QUELQUES ASSOCIATIONS DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE DANS LA PATHOLOGIE

Bien avant que l'Histologie et la Bactériologie n'aient apporté quelques précisions à l'étiologie des maladies, les anciens auteurs avaient décrit des tableaux cliniques qui traduisaient la fusion de la syphilis et de la tuberculose.

C'est toute l'histoire de la scrofule que les auteurs modernes, aidés surtout par le laboratoire, ont voulu dissocier pour rattacher à l'une ou à l'autre de ces deux affections les manifestations pathologiques souvent analogues. Il semble qu'après s'être engagés à fond dans cette voie, ils aient été obligés de revenir en arrière pour reconnaître tout au moins que l'association syphilis-tuberculose s'exerçait en différents points de l'organisme.

La scrofule était, d'après la définition de Bazin : « Une maladie constitutionnelle, une contagion, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue se traduisant par un ensemble d'affections variables et de modalités pathologiques, mais ayant comme caractères communs : la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse; et pour siège commun : le système tégumentaire lymphatique et osseux. »

En somme, le « scrofulate de vérole », s'il ne reposait sur aucune base anatomo-pathologique, correspondait à des aspects cliniques complexes, de diagnostic difficile, certes, mais qui n'en existent pas moins.

Il est à l'heure actuelle admis, après les travaux de

Néisser, Bouvet, Demoinicis et surtout de M. le Professeur Sergent, que l'association des deux facteurs existe dans nombre des adénopathies de l'enfance qui entrent ainsi dans le cadre de la scrofule. W. Fréi et Spitzer (de Breslau) ont même apporté la preuve bactériologique de cette association en trouvant dans des ganglions lymphatiques à la fois le bacille de Koch et le tréponème. Il est d'autre part curieux de noter que la forme classique de l'adénopathie purement syphilitique avec ulcération taillée à pic, profonde, mettant à nu le sterno-cleido-mastoïdien est tout à fait exceptionnelle. Et les auteurs qui sont le mieux placés pour étudier les adénopathies le reconnaissent eux-mêmes et ajoutent que les formes le plus communément observées n'ont pas de symptomatologie ni d'évolution propres.

Au niveau du poumon, à côté de la syphilis pulmonaire admise depuis longtemps, nous retrouvons là encore très souvent la syphilis alliée à la tuberculose. Et dans ce cas, la syphilis imprime une allure toute particulière à la tuberculose. Celle-ci prend une marche torpide : c'est une phtisie fibreuse avec conservation fréquente d'un bon état général. Pour M. le Professeur Sergent, la constatation d'une phtisie fibreuse doit suffire à faire soupçonner la syphilis.

La tuberculose peut être également associée à la syphilis au niveau du médiastin et c'est alors surtout une forme de l'enfant. M. le Professeur Sergent, dans un article du *Progrès Médical* (15 octobre 1924), en décrit un cas chez l'adulte et n'hésite pas à le considérer comme un cas d'hybridité. Il est en effet tout à fait rationnel d'apporter en l'absence d'un examen nécropsique en faveur de l'hybridité le rôle du terrain, l'action très favorable du traitement sur l'élément spécifique, et la persistance des troubles médiastinaux atténués non influencée par le traitement et rattachables à la tuberculose.

Quant aux médiastinites inférieures dont le type le plus connu est la cirrhose cardio-hépatique, elles ressortissent souvent à une tuberculose évoluant sur un terrain syphilitique ou hérédo-syphilitique.

Quand on lit les travaux récents sur l'étiologie complexe des cirrhoses, on est frappé de voir quelle place la syphilis et la tuberculose associées ont prise à côté de l'alcoolisme.

Si l'on envisage la tuberculose cutanée on retrouve encore des frontières bien mal délimitées avec certaines lésions de la peau dues à la syphilis. A côté des signatures si théoriquement différentes de ces deux affections : plaies taillées à pic, à l'emporte-pièce de la syphilis; plaies aux bords violacés et décollés de la tuberculose, combien de fois n'est-on pas amené à soupçonner l'une et l'autre associées.

Les adversaires de l'hybridité se retranchent derrière la difficulté de faire la preuve bactériologique de la fusion. Ils admettent la coexistence, l'influence du terrain, mais tendent toujours à distinguer les lésions syphilitiques des lésions tuberculeuses.

Et pourtant, de ce coup d'œil sur le domaine de la pathologie qui nous a permis de voir si souvent côte à côte ces deux affections, ne peut-on pas déduire que la question des ostéo-arthrites hybrides n'est qu'un petit chapitre de cette immense question.

OBSERVATION I

A. K..., âgé de 9 ans, d'origine arménienne. — Cet enfant a été amené à la consultation de chirurgie infantile de l'Hôpital Saint-Joseph, le 22 novembre 1924, pour un « gros genou ». Le père, qui l'accompagnait, nous a raconté que depuis un mois environ, le genou droit de son enfant avait augmenté progressivement de volume en même temps qu'apparaissait une certaine gêne des mouvements après la marche, le jour, et une douleur réveillant le petit malade la nuit.

A. K... entre dans le Service pour être mis en observation. La recherche des antécédents héréditaires nous révèle des faits très intéressants. La mère de cet enfant a eu trois fausses couches : la première de deux mois environ, la deuxième de cinq mois, la troisième de trois mois et demi. Ces fausses couches sont apparues sans causes occasionnelles, et dans les deux dernières il y a eu métrorragie abondante. Il existe deux enfants vivants. A. K... est l'aîné. L'autre, que nous avons vu, présente des stigmates d'hérédo-syphilis au moins aussi accusés que chez le premier. La mère, qui semble à première vue jouir d'une parfaite santé, nous raconte qu'elle a de la « bronchite chronique ». Elle tousse d'une petite toux sèche, quinteuse parfois, surtout l'hiver et se plaint également de points de côté. Son expectoration, qui paraît assez abondante, aurait mérité un examen. Bien que nous lui ayons conseillé d'aller consulter dans un service de voies respiratoires, elle n'y est pas allée, confiante dans sa bonne santé apparente, et nous n'avons pu obtenir sur la nature de son affection d'autres précisions.

A. K... est né à terme. Il a été allaité au sein. Sa première

enfance a été normale. A l'âge de cinq ans il fait une rougeole banale et à ce moment apparaissent des adénopathies cervicales qui n'auraient pas évolué depuis ce temps-là.

Au premier examen, nous avons été tout de suite frappés par l'existence de stigmates révélateurs de l'hérédo-syphilis. L'enfant présentait en effet des lésions dystrophiques au niveau des yeux et des dents. Non seulement le bord libre des dents était déchiqueté et de coloration brunâtre, avec présence de cannelures horizontales, mais encore la dent d'Hutchinson typique existait.

Du côté des yeux, on notait une kératite interstitielle survenue depuis à peu près un an, caractérisée par deux ou trois petits points blancs opaques. La lésion avait toujours été absolument indolore.

L'examen du cou révélait l'existence d'une masse ganglionnaire bilatérale à la fois carotidienne et sous-maxillaire. Elle était constituée de petits ganglions durs, très mobiles, et indolores.

Le genou droit était globuleux, énorme comparé au genou sain. Il formait une véritable tumeur arrondie, régulière, mais dont la peau avait conservé sa teinte normale. Il n'existait pas de circulation veineuse collatérale. La palpation superficielle nullement douloureuse traduisait l'existence d'une hydarthrose abondante avec choc rotulien difficilement obtenu. Mais, ce qui frappait surtout à l'examen, c'était une extrémité inférieure du fémur et une épiphyse tibiale considérablement augmentées de voloume. On avait l'impression que la déformation n'était pas seulement due à la présence de liquide intra-articulaire, mais qu'elle était aussi, qu'elle était surtout osseuse. Il existait un point nettement douloureux du condyle interne du fémur et on notait l'absence d'élévation de la température locale.

Les mouvements de l'articulation étaient conservés, sans adjonction de mouvements de latéralité. La palpation du pli de l'aine révélait la présence d'une adénopathie en tous points comparable à celle constatée dans la région cervicale.

L'atrophie musculaire qui, à première vue, semblait être considérable était à peine marquée.

La radiographie montra une décalcification irrégulière des extrémités osseuses, un contour articulaire assez net sauf en un point du condyle interne. Mais les diaphyses du tibia et du fémur étaient très épaissies.

Devant un tel ensemble de lignes nous avons pensé aussitôt à la syphilis ostéo-articulaire. Pour confirmer notre impression nous fîmes une ponction de l'hydarthrose qui nous permit de retirer en abondance un liquide jaune citrin épais. Mais, après avoir vidé ce genou, on avait l'impression qu'au niveau des méplats la synoviale était épaissie.

L'examen du sang nous donna un Bordet-Wassermann + + + + et une réaction de Hecht + + + +.

La réaction dans le liquide articulaire retiré nous donna le même résultat. En même temps nous pratiquions l'inoculation au cobaye.

Le malade fut gardé un mois en observation dans le Service. L'articulation fut immobilisée dans un petit appareil plâtré avec une large fenêtre. En même temps nous commençions le traitement antisyphilitique. Chaque semaine fut pratiquée une injection de sulfarénol (0 gr. 06 ctg. — 0,12 — 0,18 — 0,24. Localement, par la fenêtre faite dans l'appareil, chaque jour une friction fut faite au genou avec de l'onguent mercuriel.

L'épanchement ne se reproduisit pas. Lorsque le petit malade quitta le Service, au début de janvier 1925, le genou avait considérablement diminué de volume.

Le cobaye 897, qui avait été inoculé le 25 novembre 1924, sacrifié le 16 janvier 1925, était tuberculeux.

A. K... rentre de nouveau dans le Service le 2 février 1925. A cette époque, la douleur a totalement disparu.

Le plâtre est enlevé. L'examen révèle que seule l'atrophie musculaire persiste et s'est peut-être un peu accrue. Mais la flexion et l'extension du membre se font normalement. La marche n'est plus du tout douloureuse. En somme le petit malade paraît guéri.

Notre Maître, le Docteur Mayet, attire notre attention sur l'épaississement persistant de la synoviale. On essaie de faire une nouvelle ponction qui reste blanche. Il est impossible d'obtenir une seule goutte de liquide.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang se traduit par B — W ————, H. —— ++. Le petit malade a eu deux séries de Sulfarénol allant de 0 g. 06 à 0 gr. 24. Le genou est mis dans un petite appareil silicaté. Le petit malade reste immobilisé trois mois encore. La marche est ensuite autorisée avec beaucoup de prudence.

Le traitement au Sulfarsénol est repris en avril 1925 avec le même rythme que la première fois. Le malade vient chaque semaine dans le Service pour faire faire sa piqûre.

En mai les taches de la cornée ont complètement disparu et les adénopathies cervicales ont notablement diminué. Il ne persiste plus que de la micropoly-adénopathie.

Nous faisons faire à cette époque, parce que l'enfant présente une toux coqueluchoïde, un examen radioscopique des poumons qui révèle l'existence d'une grosse adénopathie trachéo-bronchique.

Au début d'août, il n'existe plus aucune douleur même après une marche prolongée. Le genou droit est toujours plus gros que le gauche; mais ce n'est plus l'hydarthrose qui est

en cause, seule persiste l'hyperostose des extrémités articulaires.

Nous revoyons le malade en octobre 1925 parce que brusquement l'hydarthrose abondante a réapparu avec les douleurs. Nous faisons une nouvelle ponction avec examen B.-W. qui est négatif dans le liquide articulaire comme il l'est dans le sang. Un nouveau cobaye est inoculé.

La radiographie montre les mêmes lésions diaphysaires; mais, sur le bord du condyle interne, il existe une solution de continuité qui correspond à un point très douloureux. D'autre part, l'épaississement de la synoviale que nous avions signalé s'est transformé : on a tout à fait l'impression de la présence de fongosités. En un mot, c'est l'aspect d'une véritable tumeur blanche au début. Du reste, le deuxième cobaye inoculé présentera des lésions de tuberculose.

Nous immobilisons de nouveau l'articulation dans un grand appareil plâtré avec fenêtre antérieure. Les frictions mercurielles sont reprises, et nous commençons une série de Quinby intra-musculaire.

En février 1926, le B.-W. est toujours négatif dans le sang. Les douleurs ont disparu. Les lésions du genou n'ont pas évolué. Nous continuons quand même l'immobilisation par appareil silicaté jusqu'à juillet 1926. Une deuxième série de Quinby est pratiquée.

En août 1926, tout est rentré dans l'ordre. Nous laissons le malade marcher sans appareil. En octobre l'amélioration persiste. Les mouvements du genou, à part la flexion qui est un peu limitée, sont normaux. Depuis cette date, nous avons revu chaque mois ce malade. L'état local est resté stationnaire aussi bien cliniquement que radiographiquement. Il ne persiste plus en somme, de l'histoire de cette ostéo-arthrite, qu'une ostéite déformante des extrémités osseuses.

Le traitement antisyphilitique discontinu a toujours été observé. Après le bismuth, nous sommes revenus à l'arsenic sous la forme de Stovarsol (traitement de cinq semaines, puis deux mois de repos).

Cliniquement, à l'heure actuelle, cette ostéo-arthrite mixte, qui a eu un traitement mixte, nous semble guérie. Mais nous devons réserver l'avenir, instruit par une première récidive après une trop courte immobilisation et un traitement spécifique insuffisant.

OBSERVATION II

Suzanne L..., 12 *ans*. — Est amenée à la consultation le 10 novembre 1925 parce que, depuis quelque temps, elle se plaint de douleurs dans la hanche gauche apparaissant après la marche et disparaissant par le repos. Ces douleurs sont peu vives d'ailleurs et n'entraînent qu'une légère boiterie intermittente. Il n'existe pas de phénomènes douloureux réveillant la petite malade la nuit.

Au premier examen clinique, les signes physiques se résument en une douleur provoquée par la percussion au niveau du grand trochanter et une limitation de l'abduction. Debout, la malade ne présente pas l'attitude hanchée pas plus que l'abaissement du pli fessier; dans la marche, c'est très difficilement que l'on note un soupçon de défaillance de l'articulation coxo-fémorale gauche. Il n'existe pas d'atrophie musculaire.

Ce qui frappe, c'est avant tout une incurvation antéro-interne des tibias qui se traduit à la palpation par une sensation d'élargissement irrégulier de la diaphyse de l'os. La main promenée sur le système osseux permet de retrouver, en différents points, des hyperostoses très nettes. On découvre également des engorgements ganglionnaires, non seulement cervicaux et sous-maxillaires, mais encore axillaires, épitrochléens et surtout inguinaux.

Le faciès est celui de l'hérédo-syphilis : strabisme, nez en lorgnette, mauvaise implantation dentaire, troubles de l'audition, tels sont les signes qui d'emblée, avant la connaissance des résultats de l'examen du sang que nous pratiquons et avant que la radiographie ne soit faite, nous font porter le diagnostic d'ostéo-arthrite spécifique.

Du reste, l'interrogatoire du père confirme notre première impression. Celui-ci reconnaît avoir eu, deux ans avant son mariage, un chancre de la verge. Il a été traité pendant ces deux années seulement dans une certaine clinique « où on lui faisait des piqûres de mercure ». La mère n'aurait jamais présenté aucun signe de syphilis. L'enfant a été allaitée au sein pendant les trois premiers mois. L'allaitement a dû être suspendu parce que la mère a fait de la tuberculose pulmonaire dont elle est morte trois ans après. Le père se souvient fort bien que l'enfant avait présenté des éruptions cutanées et muqueuses pendant les premières semaines qui ont suivi la naissance. L'enfant grandit normalement malgré une coqueluche sérieuse qu'elle a faite vers l'âge de deux ans.

Actuellement, la petite malade présente un bon état général. Elle ne donne pas du tout à première vue l'impression d'une enfant même à la phase de début de la coxalgie.

La radiographie que nous reproduisons, faite à la date du 14 novembre 1925, nous montre des dégâts considérables dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Le pourtour de la tête fémorale est déformé, aplati et épaissi dans son ensemble. En même temps, les ostéophytes masquent la séparation de la tête, du sourcil cotyloïdien qui est également épaissi. C'est dans l'ensemble une masse sombre avec quelques taches claires, irrégulières. La diaphyse présente le fuseau d'hyperostose caractéristique.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est faiblement positive tandis que le Hecht l'est très fortement. En somme la réaction traduit tout à fait l'existence d'une hérédo-syphilis.

La malade entre dans le Service où nous l'immobilisons pendant un mois seulement dans un léger appareil plâtré tandis que nous commençons un traitement antisyphilitique

intensif. Chaque semaine, une injection intra-veineuse de novarsenobenzol est pratiquée et nous atteignons la dose de 0 gr. 75 cg. sans aucun incident.

Localement, une fois l'appareil enlevé, nous pratiquons des frictions à l'onguent napolitain. De novembre 1925 à juin 1926, trois séries de novarsenobenzol sont ainsi injectées. A cette époque, la petite malade ne souffre plus du tout de sa hanche. La marche est normale, n'entraîne aucune douleur même lorsqu'elle est prolongée.

Une nouvelle radiographie, faite le 5 juin 1925, montre un aspect tout différent de la première fois. Les ostéophytes intra-articulaires ont en majeure partie disparu: le pourtour articulaire, aussi bien au niveau du cotyle que de la tête fémorale a recouvré de la netteté. En six mois la réparation s'est faite. Nous n'hésitons pas à ce moment de croire confirmé notre diagnostic d'ostéo-arthrite purement syphilitique de la hanche.

En septembre, la malade reçoit une série de Quinby intra-musculaire. Elle revient consulter vers le milieu d'octobre parce qu'elle souffre de nouveau quand elle marche.

Nous faisons faire une radiographie et nous constatons que, si les ostéophytes ont disparu, la tête présente, près de son pôle inférieur, une encoche très nette. L'examen physique nous montre que de nouveau l'abduction est un peu limitée mais que la mobilisation de l'article n'entraîne toujours aucune douleur.

Devant cet aspect nouveau des lésions osseuses nous immobilisons la malade dans un grand appareil plâtré pour coxalgie pendant trois mois. Cependant le traitement antispécifique est toujours continué.

Quand nous revoyons la malade, les lésions osseuses n'ont pas évolué. Le contour articulaire présente toujours quelques

irrégularités. Aussi avons-nous pensé justifié continuer l'immobilisation dans la crainte de voir la lésion évoluer comme une coxalgie.

En novembre 1927, tout semble rentrer dans l'ordre. La malade peut marcher sans aucune fatigue. La dernière radiographie faite ne laisserait pas supposer qu'il y a eu deux ans auparavant d'aussi grosses lésions osseuses.

Malgré le traitement spécifique poursuivi jusqu'à maintenant, la réaction de Bordet-Wassermann n'a jamais été modifiée.

OBSERVATION III

Andrée G..., 14 *ans.* — Est amenée à consulter pour des douleurs vives de la hanche gauche entraînant une boiterie assez marquée. Le début de ces troubles remonte à janvier 1926.

Le père de l'enfant est mort tabétique et aveugle. La mère est vivante; elle n'a jamais eu d'autres signes de syphilis que des céphalées très vives qui ont cédé au traitement antisyphilitique institué un mois après la naissance de son enfant. Pendant sa première année de mariage elle avait fait une fausse couche de trois mois environ. Elle n'a jamais eu d'autre enfant.

Nous n'avons pu relever chez Andrée G... aucun des signes de la triade d'Hutchinson. Cependant, l'examen du squelette montre en plusieurs points, notamment au niveau du tiers supérieur de l'humérus droit et au niveau des deux tibias symétriquement des hyperostoses.

L'examen de l'articulation malade révèle une abduction très limitée avec douleurs très vives dans la mobilisation de la cuisse sur le bassin. A la station debout prolongée, l'attitude est hanchée, le pli fessier abaissé. L'adénopathie inguinale existe des deux côtés.

L'examen du sang nous donne les résultats suivants :

Réaction de Hecht : faiblement positive.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

L'aspect général de la petite malade fait penser plutôt à une bacillose : pâleur cireuse du visage, inégalité pupillaire, longs cils noirs, hypertrichose, amaigrissement marqué.

La radiographie des deux hanches montre, sur les deux diaphyses, un fuseau d'hyperostose, un épaississement du

rebord articulaire de la tête à son pôle supérieur avec une ulcération au pôle inférieur. Le pourtour du cotyle est épaissi et irrégulier.

En présence des signes surtout diaphysaires de syphilis osseuse et connaissant les antécédents héréditaires nous mettons la malade au traitement. Après deux injections de 0 gr. 15 cg. et 0 gr. 30 cg. de novarsenobenzol, un nouvel examen du sang est pratiqué qui nous donne :

Réaction de Hecht fortement positive.

Réaction de Bordet-Wassermann négative suspecte.

Nous continuons le traitement jusqu'à la dose de 0 gr. 60 cg. que nous répétons deux fois.

Mais la malade est cependant immobilisée dans un grand appareil plâtré de coxalgie.

En mai 1926, l'état général et local sont bien meilleurs. La malade a repris 4 kilogr. ; ses douleurs ont complètement disparu et la mobilisation de l'articulation est possible. Seule persiste la diminution de l'abduction. Nous refaisons un nouvel appareil plâtré et continuons le traitement spécifique jusqu'en octobre 1926 où nous la revoyons.

A cette époque, l'état général est moins bon, l'amaigrissement s'est accentué et quand nous déplâtrons la malade nous constatons que le moindre mouvement est atrocement douloureux. La radiographie révèle du reste des lésions en rapport avec ces nouveaux signes cliniques.

La tête s'ulcère au niveau de son pôle supérieur et le sourcil cotyloïdien devient très irrégulier. Il semble déjà qu'il y ait une légère ascension de la tête vers la fosse iliaque.

Nous immobilisons de nouveau, et cette fois, dans un grand appareil plâtré prenant le pied.

La radiographie faite en avril 1927 nous apprend que les

lésions ont continué d'évoluer : c'est absolument l'image d'une coxalgie. Le traitement antisyphilitique poursuivi jusque-là ne paraît plus agir du tout, ni sur l'état général, ni sur l'état local.

L'atrophie musculaire est intense et déjà au niveau du triangle de Scarpa on sent un empâtement.

En octobre 1927, le sourcil cotyloïdien a été effondré dans sa partie supérieure et la tête en grande partie détruite fuit vers la fosse iliaque. Il existe un très gros abcès facilement perceptible au niveau du triangle de Scarpa. L'état général témoigne absolument de l'imprégnation bacillaire.

En un mot, il s'agit maintenant d'une coxalgie avec abcès du plus mauvais pronostic.

OBSERVATION IV

(Docteur Le Fur R.). — Un cas intéressant de syphilis osseuse peut-être associée à de la tuberculose ostéo-articulaire.

(*Paris Chirurgical*, 1911, p. 858.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui a eu une sœur et un frère morts de tuberculose pulmonaire. Elle a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 20 ans.

Il y a 20 ans, elle présenta après un essai de coït, une ulcération vulvaire avec ganglions à l'aine qui paraît bien devoir être rapportée à un chancre syphilitique. Pas d'accidents secondaires, affirme la malade. Mais huit ans après, c'est-à-dire il y a douze ans, elle fut prise de céphalalgies violentes et rebelles qui, résistant à tous les traitements, cédèrent seulement au traitement ioduré.

Il y a cinq ans, apparition de douleurs vives à la région sternale avec difficulté de la respiration qui firent penser d'abord à une angine de poitrine. Le développement d'une circulation veineuse collatérale abondante au niveau de la région thoracique antérieure fit ensuite penser à une tumeur du médiastin. Enfin, l'on porta le diagnostic de lésion osseuse du sternum de nature tuberculeuse. De multiples pointes de feu et la radiothérapie furent employées contre cette lésion du sternum. Bientôt apparut au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite une tuméfaction violacée qui, ponctionnée, ne donna issue à aucun liquide mais s'ouvrit à la peau deux mois après et suppura pendant six semaines. En même temps, le genou droit se met à gonfler d'une façon rapide; cette tumé-

faction devient considérable, s'accompagne de douleurs continuelles et par crises, la jambe se met en demi-flexion sur la cuisse. De temps en temps se produisent de véritables fluxions articulaires.

A ce moment, je montre la malade à notre collègue Dartigue, qui, après l'avoir examinée soigneusement, porte le diagnostic de tumeur blanche probable. Mon diagnostic penche plutôt vers la syphilis osseuse. La malade prend de l'iodure qui calme les douleurs et diminue parfois les poussées fluxionnaires au niveau de l'articulation mais pas d'une façon constante. Elle consulte alors un chirurgien des hôpitaux qui lui conseille de ne pas se faire immobiliser sa jointure et de prendre du sirop de Gibert. Malgré tout, son état général devient de plus en plus mauvais; elle avait maigri de 15 kilogr., quand elle va consulter, il y a trois ans, le Docteur Calot à Berck. Celui-ci applique un appareil plâtré et pratique vingt-cinq injections autour du genou dont je n'ai pu connaître la nature. En même temps, cures d'air et de soleil, six œufs par jour, huile de foie de morue à grosses doses améliorent considérablement l'état général. La malade reprend 7 à 8 kilogr.

On aboutit ainsi à la guérison de l'arthrite par ankylose du genou; la malade est immobilisée pendant deux mois, puis porte ensuite un appareil silicaté. Je la revois il y a un an, c'est-à-dire deux ans après le traitement de Berck.

Je constate une ankylose à peu près complète du genou qui n'est plus très gros, ni très douloureux. Mais la malade marche difficilement et souffre beaucoup de la hanche et des reins. Je me décide à mobiliser très prudemment son articulation et j'obtiens la moitié des mouvements.

Pensant de plus en plus à la syphilis osseuse, car je constate des poussées fluxionnaires d'ostéo-périostite au niveau du

maxillaire inférieur du côté droit et de l'épaule gauche, je pratique une série d'injections d'atoxyl qui améliorent sensiblement l'état général et les douleurs. Il y a six mois, il se produit une forte poussée d'ostéo-périostite au niveau du tiers inférieur du fémur. Mais toutes les lésions de périostite semblent associées à des lésions du tissu musculaire et du tissu cellulaire qui lui-même semble induré.

Je me décide alors à pratiquer du 606 pour tâcher d'agir rapidement sur ces lésions qui semblent si rebelles. La malade a eu, à un mois de distance, trois piqûres intra-musculaires de 606 à 0 gr. 50 cg. chacune. Elles sont bien suportées, sauf la deuxième, qui s'accompagne d'une réaction vive. Les douleurs et la grosseur du genou diminuent surtout après la première et la deuxième piqûre. Malgré tout, il y avait toujours une poussée violente d'ostéo-périostite au niveau du tiers inférieur du fémur. Celui-ci était énormément augmenté de de volume. La malade souffre de douleurs intolérables le jour et surtout la nuit.

Mon diagnostic actuel est syphilis osseuse, c'est toujours du reste vers ce diagnostic que j'ai penché. Mais, devant la guérison de l'arthrite obtenue à Berck par le Docteur Calot, je me demande si, dans ce cas, syphilis et tuberculose ne sont pas associées.

Le traitement mercuriel n'a été donné que sous la forme du sirop de Gibert; mais il y aurait intérêt à employer un traitement intensif en injectant par exemple du 606 à des doses plus élevées. La médication iodurée a agi sur l'élément douleur, mais il semble qu'il y aurait un intérêt à associer l'iodure au mercure et au 606.

OBSERVATION V

B... Henri, 14 *ans*. — Est amené à la consultation de Chirurgie infantile et orthopédique de l'Hôpital Saint-Joseph, en janvier 1921, pour une récidive de tumeur blanche du genou. L'observation de ce malade, que nous avons retrouvée, est intéressante parce que le début de l'affection remonte à 1914.

Là encore, nous retrouvons la syphilis dans les antécédents héréditaires. Le père est paralytique général, la mère a eu un Wassermann positif, a été traitée très tôt et n'a jamais eu aucun accident. Elle a eu un autre enfant mort à 26 mois de causes inconnues.

En mai 1914, après une chute, B... H. a fait une hydarthrose du genou droit qui aurait guéri en trois semaines par la simple compression et par le repos. Mais à la marche, les douleurs sont apparues très vives qui ont amené le petit malade à consulter à l'Hôpital Trousseau. On lui met pendant un mois un appareil plâtré et, l'attention ayant été attirée vers la spécificité par les antécédents héréditaires, la raction de Bordet-Wassermann est pratiquée. Elle est positive. La radiographie montrait simplement quelques taches claires au niveau des épiphyses.

Pendant huit mois un traitement intensif est institué, traitement mixte arsenic et mercure. L'amélioration est rapide et considérable. Les douleurs disparaissent. L'enfant retourne à l'école mais il marche sans fléchir complètement le genou.

Le traitement spécifique est poursuivi jusqu'en 1917, à l'Hôpital Broca d'abord, à l'Hôpital des Enfants-Malades ensuite. L'ostéo-arthrite semble guérie, lorsqu'au début de 1918, la marche devient très douloureuse et le genou globuleux.

Le petit malade est vu, le 2 décembre 1918, par le Professeur Broca et le diagnostic de tumeur blanche posé. Le membre est immobilisé dans un grand appareil plâtré. L'immobilisation sera maintenue jusqu'à la fin de 1921. La tumeur blanche évolue normalement vers l'ankylose fibreuse. Le traitement anti-spécifique a été repris mais interrompu parce que le petit malade ne supportait plus l'arsenic.

En janvier 1921, le malade est amené à Saint-Joseph. On constate l'existence de points très douloureux sur le condyle interne du fémur et de l'empâtement au niveau des méplats. Le genou est chaud, le moindre mouvement est douloureux. L'affection est considérée comme une tumeur blanche et l'immobilisation est reprise.

La mère de cet enfant ayant quitté Paris nous n'avons pu avoir d'autres renseignements sur l'évolution.

OBSERVATION VI

Mlle X..., 29 *ans.* — Est amenée à consulter le Docteur Mayet, en mars 1922, pour des douleurs dans le genou droit provoquées par la marche, apparues à la suite d'un chute dans un escalier.

Il existe une très légère hydarthrose et un point nettement douloureux sur le plateau tibial externe. La flexion de la jambe sur la cuisse est normale mais entraîne une douleur assez vive. La malade est mise au repos pendant trois semaines avec un pansement ouaté compressif.

Les douleurs ne disparaissent pas. Seule l'hydarthrose s'est résorbée, mais, d'autre part, l'atrophie musculaire quadricipitale est apparue et, avec elle, une adénopathie inguinale unilatérale.

La radiographie va montrer une légère décalcification des épiphyses. Devant la possibilité d'une tumeur blanche au début, on décide d'immobiliser le membre dans un appareil plâtré.

Au cours de cette période d'immobilisation, la malade se plaint de maux de gorge fréquents et d'une céphalée nocturne tenace. L'interrogatoire nous met sur la voie de la découverte de la syphilis paternelle jusque-là ignorée. On fait une prise de sang au père, à la mère et à la sœur de la malade, les deux premières sont positives ainsi que celle de la malade.

Par une curieuse coïncidence, des signes pathologiques révélateurs de la spécificité apparaissent quelque temps après chez le père et la mère. Le premier meurt d'une hémorragie cérébrale tandis que la mère perd progressivement la vue.

Sous l'influence d'injections intra-veineuses de novarsenobenzol, les céphalées de Mlle X... disparaissent, ainsi que le

mal de gorge. Nous devons interrompre le novarsenobenzol que la malade supporte mal : poussées d'urticaire, subictère, nausées, etc...

Au bout de six mois d'immobilisation, la radiographie révèle une véritable ostéo-arthrite fongueuse. Les lignes régulières qui limitaient l'interligne sont remplacées par un tracé flou et dentelé. Les bulbes osseux apparaissent beaucoup plus clairs.

Cliniquement, on sent très bien au niveau des méplats la présence de fongosités. Nous continuons l'immobilisation en appareil plâtré que nous remplaçons tous les quatre mois environ.

Fait curieux : la reprise des céphalées, du mal de gorge nous ordonnent de reprendre le traitement antisyphilitique et, depuis cinq ans, nous faisons à la malade, qui le supporte fort bien, à l'inverse du novarsenobenzol, trois séries par an de bismuth. Depuis deux ans, la malade marche modérément avec un appareil en cuir immobilisant l'articulation dans son ankylose incomplète.

Nous avons l'impression que chez elle, l'immobilisation est aussi nécessaire que le traitement antisyphilitique à la non-évolution des lésions. Et c'est grâce à cette thérapeutique mixte que cette lésion articulaire que nous croyons à la fois tuberculeuse et syphilitique est actuellement « blanchie ».

OBSERVATION VII

D... Cécile, 22 *ans*. — Vient pour la première fois à la consultation de chirurgie infantile et d'orthopédie, le 6 octobre 1923, où elle est vue par le Docteur Chicandard, assistant du Docteur Mayet, qui, depuis cette époque, l'a traitée.

La malade présente, à première vue, un très mauvais état général : la face est pâle, les lèvres décolorées, l'amaigrissement marqué. Elle présente une petite toux sèche et donne l'impression d'une bacillaire.

Elle est venue à la consultation pour un gonflement du coude droit qui est apparu depuis deux semaines environ. L'avant-bras est immobilisé à angle droit sur le bras et supporté par une écharpe. A l'examen, le coude droit est chaud, globuleux avec effacement des méplats surtout à la partie postérieure où la synoviale semble tendue. Il existe une très légère fluctuation juxtaolécranienne. La limitation des mouvements est assez accusée puisque la flexion ne dépasse pas 45° environ et l'extension 65°. Les masses musculaires du bras et de l'avant-bras paraissent fondues et l'ensemble des signes cliniques suffirait à faire poser le diagnostic de tumeur blanche du coude.

Pour des raisons matérielles la malade ne put faire les frais d'une radiographie. Mais les signes cliniques étaient assez nets pour autoriser et même pour commander d'immobiliser dans un plâtre ce coude. Elle fut donc plâtrée le 7 octobre 1923. A ce moment-là, M. le Docteur Genevrier voulut bien examiner cliniquement et radioscopiquement ses poumons.

Il existait, à l'auscultation, une diminution du murmure vésiculaire au sommet droit avec quelques râles sous-crépitants dans la toux. A la radio, les poumons sont clairs dans leur

ensemble sauf au niveau du sommet droit qui s'éclaire mal. La malade ne présente pas d'expectoration.

Le 17 novembre 1923, la malade est revue. Le plâtre est bien toléré mais, par la fenêtre faite au niveau où l'on avait perçu de la fluctuation, il semble qu'un petit abcès est en voie de formation. Une ponction est faite qui ne donne issue à aucun liquide.

Le 15 décembre 1923, la tuméfaction juxta-olécranienne a notablement diminué.

Le 5 janvier 1924, l'état local de la lésion est bon : il semble que l'abcès s'est tout à fait résorbé. L'état général de la malade s'est également amélioré.

L'amélioration continue jusqu'au début d'avril 1924. La malade part à ce moment à la campagne dans l'Aube, le coude toujours maintenu dans un appareil plâtré. Nous la revoyons le 28 juin 1924 : l'état général est excellent mais l'attention du Docteur Chicandard est attirée par un oedème localisé au niveau de l'arcade sourcilière droite. Il semble qu'il y ait un nodule petit mais faisant à ce niveau une légère saillie. La paupière supérieure est enflammée. La malade est envoyée à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital où on lui conseille de mettre sur l'œil droit des pansements humides. Le Docteur Chicandard ordonne à la malade de l'iodarsenic.

Le 11 octobre 1924, la malade est revue. Il n'existe plus rien au niveau de l'œil droit, l'état général est excellent, mais le coude est de nouveau gonflé et douloureux. Il a été possible, à ce moment-là, de faire une radiographie, qui montre un épaississement de la diaphyse du tiers inférieur de l'humérus et une décalcification des épiphyses avec contours flous des surfaces articulaires. Le Docteur Chicandard pense à la syphilis et fait prendre à la malade du sirop de Gibert.

L'appareil plâtré est enlevé, la coude n'est plus du tout douloureux.

Le 12 décembre 1924, l'amplitude de l'articulation par la mobilisation va de 30° à 150°. Il y a une amélioration considérable depuis que la malade prend du sirop de Gibert, d'une façon discontinue.

L'appareil plâtré est définitivement enlevé le 30 janvier 1925. Le coude voit sa mobilité s'accroître progressivement.

La malade est mise au traitement par le stovarsol : deux comprimés par jour pendant une semaine, puis repos pendant une semaine.

Le 21 février 1925, l'amélioration devient de plus en plus marquée. Il n'existe plus du tout d'empâtement péri-articulaire. La malade est revue chaque semaine à la consultation et chaque fois il est possible de mobiliser davantage le coude.

Le 10 octobre 1925, apparaît une kératite interstitielle de l'œil droit. La malade est mise au traitement par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Depuis cette époque, la malade est revue à peu près tous les quinze jours. Le traitement antisyphilitique a été continué. Les lésions oculaires ont complètement disparu. Le coude est de plus en plus souple, mais il persiste toujours un très léger œdème péri-articulaire.

OBSERVATION VIII

S... *Jean, 7 ans.* — Est adressé à M. le Docteur Mayet par un médecin de la banlieue parisienne, en 1922. Se présente au premier examen clinique avec tous les caractères de début d'une coxalgie : contracture, atrophie musculaire, impossibilité de la flexion totale, léger empâtement de la région articulaire, douleur au niveau du triangle de Scarpa, douleur dans l'hyperextension. La claudication est prononcée et l'état général déficient, si bien que le diagnostic de coxalgie semble tellement évident qu'un grand appareil plâtré est immédiatement appliqué.

Cet apareil calme les douleurs momentanément, mais au bout de trois mois et demi, bien que l'immobilité complète ait été maintenue, des douleurs extrêmement vives, surtout la nuit, apparaissent et le malade est renvoyé par son médecin au Docteur Mayet, la famille ayant déclaré que la réapparition de la douleur était due à la gêne causée par le plâtre.

Le plâtre est enlevé. Les phénomènes douloureux et les contractures persistent en effet.

Une radiographie est faite en avril 1923. Elle montre une tête fémorale complètement intacte dont on suit le pourtour absolument net. La cavité articulaire paraît agrandie mais ne présente pas de lésions notables au niveau du cotyle. Mais le col fémoral et son insertion à la tête sont le siège de lésions qui apparaissent comme des bouffissures opaques avec des champs clairs multiples se prolongeant à la base du col jusqu'au niveau de la diaphyse. Il existe, de plus, une sorte d'érosion au niveau du bord inférieur du col.

En présence de ces signes, l'idée s'imposa de rechercher

la syphilis. M. le Docteur Mayet apprit alors que la mère était atteinte de tabès. Le père, interrogé, raconta qu'il avait eu la syphilis, que son Wassermann, malgré le traitement, était encore positif et que celui de sa femme l'était également. Le jeune malade avait une sœur un peu plus âgée que lui dont le Wassermann était négatif mais qui présentait des signes de tuberculose pulmonaire au début. Le père avait été également touché de tuberculose quelques années auparavant, sous la forme d'une tuberculose hémoptoïque et apyrétique.

En présence de la connaissance de ces faits et surtout de la radiographie, le Docteur Mayet conclut à l'existence d'une arthrite syphilitique chez le jeune Jean S..., fit faire un Wassermann qui fut positif. Dans ces conditions, étant donné que le grand appareil plâtré ne semblait plus devoir être maintenu, on remit à l'enfant un simple cuissard et le traitement au sulfarsénol fut institué et poursuivi d'une manière discontinue pendant six mois.

A cette époque, une nouvelle radiographie montra que les lésions proprement articulaires étaient stationnaires mais du côté du col, il semblait que de nouvelles poussées fluxionnaires s'étaient produites et avaient accentué celles qui avaient été constatées la première fois.

On laissa l'enfant au lit trois mois et, trois mois plus tard, l'enfant marchait, pouvait aller à l'école, reprendre une vie à peu près normale, en un mot, c'était une véritable résurrection. Toutefois, il persistait une légère claudication et une certaine raideur de la hanche.

Quelque temps après, par suite de circonstances indépendantes de la volonté des médecin et chirurgien qui le traitaient, l'enfant ne reçut plus aucun traitement antisyphilitique, la famille le considérant comme guéri.

Six mois après, l'enfant fut cependant ramené au Docteur

Mayet parce que de nouveau les douleurs avaient apparu. Il fut simplement couché et le traitement au sulfarsénol et aux frictions mercurielles fut repris. L'amélioration ne tarda pas à se produire.

En octobre 1925, l'enfant fut ramené au Docteur Mayet et, à ce moment, le tableau clinique était complètement changé. Il existait de l'atrophie musculaire, de la contracture et un empâtement péri-articulaire notable. La radiographie montra des lésions ulcéreuses de la tête et de la cavité cotyloïde, l'aplatissement de la tête et son glissement vers la fosse iliaque externe. C'était maintenant une coxalgie avec douleurs et contractures.

Le diagnostic se modifiait donc ainsi cliniquement et radiologiquement, et il fallait penser à la superposition de la coxalgie sur cette ostéo-arthrite spécifique. A quel moment la lésion tuberculeuse était-elle venue se greffer sur la lésion syphilitique ? Il était impossible de le dire.

Le traitement spécifique fut cependant continué et le Docteur Mayet obtint alors de pouvoir revoir très fréquemment ce petit malade dont le membre fut immobilisé dans un nouvel grand appareil plâtré. Malgré le traitement à la fois antituberculeux et antispécifique, l'amélioration ne se produisit pas aussi facilement que la première fois.

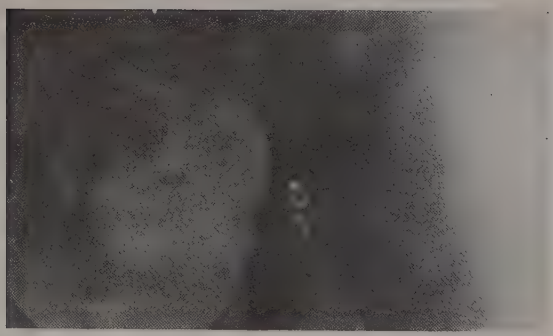
La sœur de ce malade, qui lui avait donné des soins journaliers, fit une tuberculose évolutive avec hémoptysies et crachats bacillifères dont elle mourut en 1926.

Actuellement, le jeune S... Jean fait une évolution normale de coxalgie avec subluxation et raccourcissement.

Il est à noter qu'en 1924, M. le Docteur Mayet avait présenté à la Société de Pédiatrie le cas du jeune S... Jean au moment où il le considérait comme guéri, comme un cas typique de syphilis ostéo-articulaire.

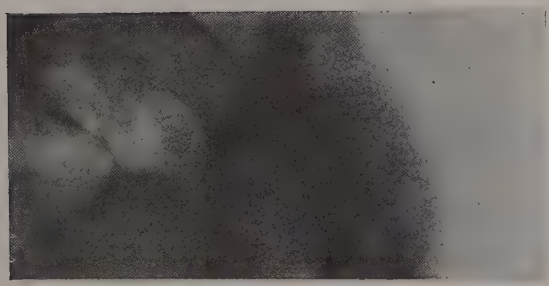
Suzanne L... 14-9-25

Suzanne L... Juin 1926.



Andrée G... 5-2-26.

Andrée G... 15-4-26.



Andrée G... 8-10-27.

ASPECT CLINIQUE, RADIOGRAPHIQUE ET EVOLUTIF DES FORMES ASSOCIEES DE LA SYPHILIS ET DE LA TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE.

CHAPITRE VI

De l'ensemble des quelques observations que nous venons de relater, est-il possible de dégager un tableau clinique de l'hybridité dans le domaine de la pathologie ostéo-articulaire ?

Il serait, à l'heure actuelle, aventureux de définir dans un cadre étroit une affection dans laquelle entrent tant d'éléments différents qui se superposent, se contrarient et qui peuvent prêter indéfiniment à discussion. Mais il est bien permis de chercher à tirer de ce complexus de signes cliniques et évolutifs quelques conclusions.

Pourquoi, d'abord, nier l'hybridité des lésions ostéo-articulaires quand il est reconnu chaque jour davantage que la syphilis et la tuberculose s'allient si souvent dans la pathologie ? N'est-il pas plus rationnel de reconnaître d'abord que certaines formes d'ostéo-arthrite ont une évolution qui ne cadre ni avec celle de la syphilis, ni avec celle de la tuberculose.

Nous croyons avoir le droit d'affirmer que l'association syphilis-tuberculose imprime toujours une allure particulière à tout ce qu'elle touche. C'est là un fait très connu aujourd'hui pour la pathologie pulmonaire par exemple. Ce sera peut-être un jour, quand nous aurons des moyens de contrôle d'étiologie plus précis, une notion également admise pour la pathologie ostéo-articulaire.

En attendant, il faut étudier attentivement l'évolution de toute ostéo-arthrite, s'entourer de toutes les garanties que permet le laboratoire, rechercher soigneusement les conditions dans lesquelles l'affection est apparue, en un mot, ne rien négliger qui puisse orienter à la fois vers la syphilis et la tuberculose.

On a dit que la question de l'hybridité ne serait définitivement tranchée que le jour où il serait possible de mettre en évidence dans la même lésion le bacille de Koch et le tréponème. Nous l'avons vu que, William Frei et Spitzer, de Breslau, les ont trouvés dans les ganglions. Au niveau des articulations, au moins dans un cas, nous avons pu voir un liquide tuberculisant le cobaye et présentant une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive chez un enfant nettement hérédo-syphilitique. Nous sommes loin d'attacher à la réaction de Bordet-Wassermann une valeur indiscutable et sacrée; nous dirons plus loin dans quelles conditions elle est une sérieuse garantie surtout lorsqu'il existe des commémoratifs de syphilis.

Il faut donc connaître les conditions dans lesquelles apparaît toute ostéo-arthrite et savoir faire la part des symptômes qui permettent de soupçonner qu'on se trouve en présence d'une forme associée.

La syphilis ostéo-articulaire, comme la tuberculose ostéo-articulaire, est exceptionnellement monosymptomatique. Elles déterminent toutes les deux, pour chaque malade, des signes qui, rassemblés, comparés et superposés, constituent des tableaux cliniques que nous allons essayer de tracer.

CHAPITRE VII

RECHERCHE DES ANTECEDENTS SYPHILITIQUES

En présence de tout sujet présentant une affection ostéo-articulaire, il faudra penser à la possibilité de l'existence d'une syphilis souvent méconnue. Chez l'enfant, il faudra connaître toujours les antécédents héréditaires. En dehors des accidents avoués par les parents, l'existence de fausses couches répétées, de grossesses à évolution anormale, prendra une valeur considérable. Il faudra savoir rattacher à la syphilis ignorée de multiples manifestations, telles que les cicatrices laissées par un accident spécifique, telles que les céphalées tenaces nocturnes, en un mot, toutes les manifestations de la spécificité au niveau des différents organes.

Parmi les lésions de l'hérédo-syphilis, et en dehors de celles qui peuvent être rattachées à cette cause, celles qui constituent la triade d'Hutchinson dissociées ou au complet devront être soigneusement notées. Bien souvent, chez un malade osseux, nous avons été amené à soupçonner la spécificité sur la constatation de tels signes.

TRIADE D'HUTCHINSON

La triade d'Hutchinson est constituée par des lésions dystrophiques des yeux, de l'appareil auditif et du système dentaire.

Les stigmates dystrophiques au niveau des dents n'ont de valeur que lorsqu'ils existent sur la seconde dentition. Ce sont le plus souvent des cannelures horizontales des dents,

dont le bord libre est déchiqueté comme érodé. On peut observer également la dent en tournevis de Fournier et la dytrophie cuspidienne. Quant à la dent d'Hutchinson vraie, c'est une incisive supérieure mal plantée, dirigée en bas et en arrière et qui s'oppose à l'incisive inférieure par sa face antérieure.

Au niveau de l'œil, c'est la kératite interstitielle survenant de 7 à 12 ans, caractérisée par la présence de petits points blancs opaques absolument indolores et dont l'évolution est très sensible à l'action du traitement.

Enfin, du côté de l'oreille, la surdité fera penser, en dehors des lésions suppuratives, à la spécificité. Le faciès du malade sera, dans quelques cas, par les déformations du nez (nez en lorgnette, nez en selle), révélateur de l'hérédo-syphilis.

Si l'on est amené ainsi à soupçonner la spécificité, l'examen du sang par la réaction de Bordet-Wassermann apportera une confirmation de grande valeur. Mais, bien qu'il existe des syphilis acquises ou héréditaires qui ne se traduisent pas cliniquement, nous pensons qu'il vaut mieux considérer la réaction de Bordet-Wassermann comme une confirmation de la spécificité que comme une preuve absolue en elle-même. Les révélations assez troublantes sur la valeur spécifique de cette réaction maintenant discutée par des auteurs dignes de foi, tels que M. le Professeur Nicolas et M. Gaté, de Lyon, qui l'auraient trouvée positive chez 39 % de sujets non syphilitiques, permettent de la considérer seulement comme une réaction physico-chimique. Nous croyons devoir insister sur ce point, car nous avons l'impression que parmi les nombreux, beaucoup trop nombreux cas d'ostéo-arthrite syphilitique publiés, un certain nombre ont été ainsi catalogués sur la simple présence d'une réaction plus ou moins fortement positive dans le sang. Or, nous savons combien il est prudent de se défier, par exemple, de l'exactitude d'une réaction de Hecht faite

comme cela est pratiqué si souvent, sans être précédée d'une détermination de l'index hémolytique de chaque sérum. Aussi, croyons-nous utile de donner ici la technique qu'emploie, au laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph, M. le Docteur Coirre.

REACTIONS DE HECHT ET DE BORDET-WASSERMANN

Nous pratiquons ces réactions de la façon suivante :

1° *Réaction de Hecht.*

La réaction de Hecht est réalisée en définissant dans une épreuve préalable et calquée très exactement sur la réaction de Hecht proprement dite le pouvoir hémolytique de chaque sérum mis en expérience. Nous acquérons ainsi la mesure de l'index hémolytique pour chaque sérum et nous faisons la réaction de Hecht classique en ajoutant à chaque sérum, après le premier chauffage à l'étuve, la quantité de globules de mouton obtenue par la définition de l'index. Tous les sérums mis en expérience restent parfaitement comparables étant placés dans des conditions analogues, cela d'autant mieux que l'émulsion de globules reste constante, ayant toujours les mêmes animaux à notre disposition et l'émulsion de globules étant toujours faite à un titre convenable.

Les réactions sont lues en tenant compte des teintes des tubes de l'expérience, teintes lues à l'échelle de Vernes. La teinte du témoin est souscrite à la partie inférieure de l'annotation des + et — moins habituelle. Les teintes des tubes antigènes 1 et 2 sont marqués à la partie supérieure et dans l'ordre.

2° *Réaction de Bordet-Wassermann.*

La réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée au sérum

chauffé en dosant très soigneusement l'alexine employée comparativement cependant au taux variable des antigènes qui servent à la réaction, cherchant le taux de l'antigène, fut-il même très bas, qui respecte le pouvoir de l'alexine.

La réaction de Bordet-Wassermann est ensuite pratiquée de façon classique.

La notation est inscrite de la même façon que pour le Hecht.

Les antigènes employés sont un antigène foie hérédo (antigène de valeur moyenne et constante) et un antigène foie hérédo légèrement cholesteriné et plus sensible. Nous tenons compte pour la lecture, principalement, du premier et le second antigène nous sert de confirmation dans des cas où le premier donne des réactions un peu douteuses. Ces réactions sont faites en présence de sérums-témoins et, malgré que toutes les réactions soient faites sur des suspicions de syphilis, le pourcentage des positifs certains reste faible et nos résultats sont le plus souvent d'accord avec les données de la clinique.

Il nous a paru que, dans la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann, on ne pouvait obtenir de résultats sérieux qu'en définissant d'une part l'index hémolytique dans la réaction au sérum frais, d'autre part en gardant un pouvoir suffisant de l'alexine malgré une concentration élevée de l'antigène.

CHAPITRE VIII

SYMPTOMATOLOGIE

EXAMEN GENERAL DU MALADE

Il est classique de dire que les sujets porteurs de lésions ostéo-articulaires tuberculeuses ont un état général déficient et un faciès spécial. C'est ainsi que l'on a noté la fréquence de l'hypertrichose marquée au niveau de la région interscapulaire et au niveau des cils. Certains ont noté l'existence de l'inégalité pupillaire. Dans tous les cas, quoiqu'il en soit, il semble bien que l'existence d'une ostéo-arthrite tuberculeuse retentit toujours plus ou moins sérieusement sur l'état général d'un sujet. A la phase de début, il peut y avoir un simple amaigrissement, un aspect un peu spécial de la peau blanc cireuse, mais à mesure que la lésion évolue en s'aggravant, les signes de déficience de l'organisme deviennent tout à fait nets.

Nous avons trouvé, chez la plupart des auteurs qui ont écrit sur la syphilis ostéo-articulaire, l'observation du contraste qu'offre souvent l'état général florissant ou peu touché des malades atteints d'ostéo-arthrite syphilitique.

Cette différence, nous l'avons également notée, et nous avons même constaté que lorsqu'une lésion ostéo-articulaire, que nous cataloguions comme lésion mixte, évoluait d'une manière rappelant celle de l'évolution de la tuberculose ostéo-articulaire, l'état général du malade à partir de ce moment se trouvait sérieusement atteint.

Ici encore, nous distinguerons deux phases et deux moda-

lités différentes de l'aspect général du malade pour toute ostéo-arthrite mixte. Quand l'aspect clinique et radiographique des lésions fait pencher le diagnostic surtout vers la syphilis, l'état général du sujet est le plus souvent encore admirablement conservé. Mais quand l'aspect clinique et radiographique des lésions est celui d'une ostéo-arthrite tuberculeuse, l'aspect du malade est absolument celui d'un bacillaire.

Si nous passons maintenant à la recherche de la tuberculose dans les antécédents familiaux, nous verrons quelle grande place elle doit prendre. Nous avons en effet noté plusieurs fois chez nos petits malades osseux, dans leur entourage, l'existence de foyers de contagion. Très souvent, l'un des parents est atteint de tuberculose pulmonaire; ou bien c'est le frère ou la sœur du malade qui fait une tuberculose évolutive avec expectoration bacillifère.

Il est donc d'un gros intérêt de connaître les conditions dans lesquelles est apparue l'ostéo-arthrite et il faut penser toujours à la possibilité de la contagion. Il semble que dans certaines familles, syphilis et tuberculose évoluent à la fois, frappant les uns ou les autres pour s'associer parfois.

De là l'importance d'examiner soigneusement, au point de vue pulmonaire, tout enfant porteur d'ostéo-arthrite. La radiographie permettra parfois de déceler l'existence d'un chancre d'inoculation et tout au moins très souvent de constater l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Nous avons cru remarquer, en effet, que dans la majorité des cas de formes associées que nous avons pu observer, il existait, en différents points de l'organisme, des manifestations cliniques qui pouvaient faire penser à la tuberculisation du sujet. Nous rappellerons que dans le cas du jeune K..., nous avons noté l'existence de nombreuses adénopathies qui ont été très rapidement et très favorablement influencées par le trai-

tement arsenical qui agit aussi bien et aussi favorablement sur les lésions adénopathiques, syphilitiques ou tuberculeuses.

REACTION A LA TUBERCULINE

Parmi les réactions à la tuberculine, la cuti-réaction a été pratiquée dans la plupart des cas. Mais comme il s'agit de malades ayant tout au moins dépassé les limites de la deuxième enfance, les résultats de cette réaction n'offraient qu'un intérêt limité. Dans les quelques cas où nous l'avons pratiquée, nous avons toujours constaté une réaction positive et même fortement positive avec papules saillantes entourées d'une auréole érythémateuse. Il est, en effet, tout à fait exceptionnel de rencontrer chez les enfants atteints de tuberculose externe, une réaction négative et même faiblement positive.

La cuti-réaction positive a ainsi une valeur très limitée. Seule la cuti-réaction négative chez un sujet présentant une ostéo-arthrite d'une part, et d'autre part une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive prend une valeur singulièrement troublante et vient appuyer fortement un diagnostic d'ostéo-arthrite purement syphilitique.

EXAMEN LOCAL DE L'ARTICULATION MALADE

A l'inspection, nous distinguerons encore, pour toute ostéo-arthrite mixte, deux périodes : à la phase de début, on note presque toujours une atrophie musculaire moins nette et moins rapide que dans la tuberculose ostéo-articulaire. Alors que dans la tuberculose ostéo-articulaire, en dehors des douleurs, l'atrophie quadricipitale rapidement intense constitue un véritable cri d'alarme, elle ne semble s'observer aussi marquée dans les formes mixtes qu'après une longue phase d'évolution.

Quant à l'adénopathie satellite, elle semble moins fréquente ou tout au moins être le plus souvent bilatérale et, partant, avoir beaucoup moins de valeur.

Nous retiendrons, comme signe important au simple examen d'une articulation malade, la déformation des extrémités articulaires qui, dans le cas d'une hydarthrose du genou, doit toujours faire penser à la syphilis associée.

La palpation au niveau de l'articulation malade est beaucoup moins douloureuse que dans la tuberculose ostéo-articulaire, et si les douleurs spontanées sont toujours assez vives et attirent souvent l'attention, la douleur provoquée n'est pas aussi nette et n'entraîne pas une limitation des mouvements aussi marquée. Nous avons vu et signalé dans deux observations le contraste entre l'importance des lésions révélées par la radiographie et le silence par lequel elles se traduisaient cliniquement.

RADIOGRAPHIE

La radiographie est à la base même du diagnostic positif et évolutif des formes associées. Elle constitue véritablement de « l'anatomie pathologique sur le vivant ». Mais pour que la radiographie apporte tous les renseignements que l'on peut attendre d'elle, il faut bien savoir qu'elle doit être pratiquée très fréquemment pendant l'évolution de toute ostéo-arthrite. C'est elle en effet qui, après avoir révélé les lésions de nature évidemment spécifique : hyperostose, véritable poussée fluxionnaire de l'os, ostéophytes irréguliers encombrant l'articulation, elle va nous révéler, par l'existence d'une ulcération, le début de l'évolution d'un processus tuberculeux. Dans l'observation du jeune S... J., nous avons vu que les lésions osseuses, après avoir présenté un aspect nettement syphilitique, étaient devenues à une certaine période totalement

différentes : la tête fémorale, la cavité cotyloïde jusque-là anatomiquement intacte, s'étaient si rapidement et si profondément ulcérées qu'il en était résulté une subluxation de la tête.

D'autre part, il sera toujours utile de rechercher par la radiographie les lésions osseuses au niveau des différents os longs du corps. C'est ainsi que, dans l'observation qui nous a été si obligeamment communiquée par M. le Docteur Le Fur, la syphilis avait touché à plusieurs reprises le système ostéo-articulaire. Et, de même que le chancre cicatrisé laisse sa signature par sa base indurée, de même au niveau des os, la syphilis, même lorsque sous l'influence du traitement la lésion est cliniquement guérie, laisse des dystrophies.

EVOLUTION

Toute l'importance du diagnostic des formes associées de la syphilis et de la tuberculose ostéo-articulaire apparaît lorsqu'il est permis de suivre pendant plusieurs années une ostéo-arthrite. En effet, très souvent, l'aspect clinique et même l'aspect radiographique isolés d'une lésion ne permettent pas de poser un diagnostic précis, à plus forte raison un pronostic d'une ostéo-arthrite. Combien de cas, catalogués comme guéris après un traitement antisyphilitique, ont dû par la suite évoluer à la manière d'une affection tuberculeuse. Il nous a semblé qu'il faudrait restreindre beaucoup le pourcentage déjà minime des affections ostéo-articulaires syphilitiques si elles étaient suivies pendant de longues années. Nous avons vu que, dans plusieurs cas, l'affection après avoir paru guérie sous l'effet d'un traitement, même peu prolongé, évoluait souvent au bout d'un temps plus ou moins long avec une allure d'ostéo-arthrite tuberculeuse grave.

Dans l'observation de S... J., que nous a communiquée notre Maître, M. le Docteur Mayet, nous avons pu lire que ce cas avait été présenté à une certaine époque comme un cas pur d'ostéo-arthrite syphilitique guérie par le traitement. Nous ne sommes pas loin de penser que la même erreur de diagnostic ou plutôt de pronostic a été souvent faite par des auteurs qui ont écrit sur la syphilis ostéo-articulaire et qui ont publié trop tôt des cas de guérison.

Cependant il nous a paru que, dans la diversité d'évolution de ces formes complexes, il était permis de distinguer deux grandes classes :

Ou bien, malgré l'apparition à une certaine période de lésions osseuses et articulaires dont la nature tuberculeuse peut être mise en évidence par la radiographie et surtout par l'inoculation au cobaye de l'exsudat articulaire, l'ostéo-arthrite mixte traitée par l'immobilisation et par la médication antisyphilitique, sans toutefois aboutir à une guérison intégrale, permet de recouvrer plus rapidement et plus parfaitement que dans la tuberculose ostéo-articulaire, la fonction du membre malade. Et alors, dans ces cas favorables, tel que celui du jeune K... (Observation 1), la lésion évolue presque exclusivement à la manière d'une ostéo-arthrite syphilitique.

Mais dans d'autres cas (Observation III — Andrée G...) la lésion, après avoir été très notablement améliorée par le traitement antisyphilitique, devient une ostéo-arthrite tuberculeuse à évolution rapide et du plus mauvais pronostic comme si l'existence de l'hybridité était dans ce cas une cause d'aggravation.

A partir de ce moment, le traitement antisyphilitique n'agit plus ni sur l'état local, ni sur l'état général. Il semble que la tuberculose l'emporte sur la syphilis et, après un temps

de retard, essaie de reprendre sa marche arrêtée par le processus spécifique.

Et alors le problème se pose de savoir si certains sujets, imprégnés profondément par le tréponème, ne font pas plutôt la première forme que nous avons décrite. C'est le cas du jeune K... et de Suzanne L...; alors que d'autres, chez qui l'infection syphilitique semble plus atténuée, la tuberculose prend rapidement au niveau des articulations son allure destructive et ankylosante.

A l'heure actuelle où l'on sait qu'il existe des syphilis graves et des syphilis bénignes, qu'il existe des syphilis qui affectent certains centres, qu'il existe des syphilis neurotropes et dermotropes, n'est-il pas permis de penser que dans certaines conditions que nous ne connaissons pas, la syphilis pourrait être également « ostéotrope ».

Il nous a paru utile de résumer les différents états que peuvent créer au niveau d'une articulation, chez des individus différents, la syphilis et la tuberculose associées.

Mais de plus chez le même individu, ces deux affections sont susceptibles de créer, au niveau d'une ou plusieurs articulations, des phénomènes différents.

La syphilis peut, chez un individu porteur de lésions tuberculeuses, s'attaquer pour ainsi dire seule à un organe et créer une ostéo-arthrite avec sa symptomatologie particulière, son amélioration sous l'influence du traitement et qui, en un mot, « se blanchit » comme une manifestation cutanéo-muqueuse.

La tuberculose peut, chez un sujet imprégné de syphilis acquise ou congénitale, créer des lésions uniquement bacillaires et évoluant comme telles.

On peut voir se succéder chez le même individu et sur la même articulation une lésion de nature et d'allure radiolo-

giquement spécifiques, puis une lésion franchement articulaire. Enfin, il existe des cas où ces deux affections se surajoutent l'une à l'autre, se fusionnent, deviennent hybrides et créent un type complexe de diagnostic excessivement difficile.

Ces conclusions anatomo-pathologiques, radiologiques et symptomatologiques conduisent tout naturellement à des conclusions thérapeutiques.

L'existence d'une syphilis probable, c'est-à-dire d'un Wassermann franchement positif chez un individu atteint d'ostéo-arthrite, impose un traitement spécifique vigoureux et prolongé en même temps qu'une immobilisation sérieuse.

Lorsqu'une lésion articulaire, en aparence purement syphilitique semble avoir été guérie sous l'influence du traitement, il est nécessaire de surveiller le sujet par crainte d'apparition d'une lésion bacillaire pendant de longues années.

TRAITEMENT

1° *Immobilisation.*

Il faut toujours immobiliser toute ostéo-arthrite. Le danger est en effet beaucoup plus grand de méconnaître l'existence de lésions tuberculeuses à côté de lésions syphilitiques nettes que de craindre l'ankylose d'une articulation. Seules les radiographies répétées permettront de savoir quand doit être permise la reprise des mouvements. Celle-ci devra être toujours très prudente et, au moindre phénomène douloureux, au moindre signe d'évolution, on ne devra pas hésiter à reprendre l'immobilisation.

Dans les cas où une ostéo-arthrite associée semble évoluer surtout comme purement syphilitique, l'immobilisation sera moins rigoureuse mais n'en sera pas moins pratiquée.

Au contraire, dans le cas où malgré le traitement intensif

institué, les signes de tuberculose ostéo-articulaire évolutifs sont apparus, il faudra immobiliser avec la même rigueur que s'il s'agissait d'une ostéo-arthrite tuberculeuse pure.

2° *Traitement antisyphilitique.*

Un des grands arguments employés par de nombreux auteurs contre la thèse de l'hybridité consiste dans l'amélioration des ostéo-arthrites purement tuberculeuses par le traitement antisyphilitique. Il est un fait bien connu, c'est l'action favorable de l'arsenic sur les tuberculoses osseuses et ganglionnaires. Aussi, n'entendons-nous pas faire la preuve de l'existence de l'hybridité en mettant en relief l'action des arsenobenzols par exemple sur l'évolution des ostéo-arthrites que nous avons étudiées.

Nous dirons seulement que, puisque l'arsenic a une action aussi favorable sur la tuberculose osseuse, en même temps que sur la syphilis, il doit avoir la place d'honneur dans le traitement d'attaque et d'entretien des formes associées ostéo-articulaires de ces deux affections.

L'enfant nous a paru en général supporter très bien l'arsenic sous la forme de novarsenobenzol intra-veineux ou de sulfarsenol sous-cutané.

Dans le premier cas, nous pratiquons chaque semaine une injection intra-veineuse allant de 0 gr. 15 centig. à 0 gr. 60 centig. ou seulement 0 gr. 45 centig. suivant l'âge et la susceptibilité des malades. Nous laissons toujours entre deux séries un temps de repos au moins égal à la durée de la période de traitement.

Quant au sulfarsenol, nous l'employons surtout lorsque les injections intra-veineuses de novarsenobenzol ont donné lieu à des réactions plus ou moins vives. Nous faisons des séries pouvant aller jusqu'à la dose de 0 gr. 42 centig.

Comme traitement d'entretien nous avons employé avec succès soit le stovarsol, soit le tréparsol donnés par voie buccale. Suivant l'âge des enfants, nous donnons le stovarsol en comprimés de 5 centig. ou de 1 centig. par dose journalière de 4 centig. à 1 gr.

Nous avons employé également les sels de bismuth et, parmi ceux-ci, nous utilisons surtout le Quinby à la dose de 2/10e de centimètre cube par année d'âge.

Mais nous ne saurions trop insister sur l'action favorable des vieilles frictions mercurielles à l'onguent napolitain faites sur le siège même de la lésion ostéo-articulaire. Il semble qu'elles sont un précieux adjuvant à l'action générale apportée par les injections intra-veineuses, intra-musculaires et même sous-cutanées de sels d'arsenic ou de bismuth.

Nous croyons devoir répéter en terminant que seule l'évolution clinique et radiographique des lésions commande le rythme du traitement antisyphilitique comme elle commande la durée et la reprise de l'immobilisation.

CONCLUSIONS

En dehors de la tuberculisation du cobaye par un liquide articulaire présentant d'autre part une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive chez un sujet porteur par ailleurs de signes cliniques et radiologiques de syphilis ou d'hérédo-syphilis, il est impossible d'affirmer l'hybridité d'une lésion ostéo-articulaire.

Mais l'évolution de certaines arthrites qui, très rapidement et très notablement améliorées au début par le traitement anti-syphilitique, ne voient pas cette amélioration consacrée par le temps et évoluent au contraire à la manière d'une ostéo-arthrite tuberculeuse, permet de penser qu'il existe un assez grand nombre de formes associées.

Celles-ci sont caractérisées :

Anatomiquement, par des lésions mixtes de syphilis osseuse et d'ostéo-arthrite tuberculeuse (hyperostoses surtout diaphysaires, ostéophytes encombrant l'interligne articulaire d'une part; décalcification, irrégularité des surfaces, ulcérations et fongosités d'autre part).

Cliniquement, par une évolution irrégulière et qui semble se résumer en deux grandes classes :

1° Ou bien l'ostéo-arthrite évolue surtout comme une ostéo-arthrite purement syphilitique qui se répare sous l'effet du traitement antisyphilitique, tandis que l'immobilisation prolongée permet de refroidir et d'arrêter l'évolution tuberculeuse.

2° Ou bien après une rétrocession plus ou moins longue sous l'effet du traitement, il se produit une aggravation intense de la lésion articulaire qui évolue absolument comme une lésion purement tuberculeuse.

Au point de vue pronostic, seul le temps peut juger de l'évolution de ces formes et peut autoriser à porter un diagnostic de guérison qui reste toujours quand même à la merci d'une récidive.

Le traitement de ces formes mixtes doit être mixte et comporter :

1° Un traitement antisyphilitique prolongé;

2° Une immobilisation de longue durée dans un appareil plâtré.

Seule l'observation attentive de l'évolution de ces formes contrôlée par des radiographies en séries et par des examens de laboratoire répétés permet de doser à la fois la médication antisyphilitique, en combinant ses différentes modalités (arsenic — bismuth — mercure — iodure) et la durée de l'immobilisation.

Vu : le Doyen
H. ROGER

Vu : le Président de Thèse
P. DUVAL

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

ALAN-TODE. — Syphilitic arthrites. (*Brit — Journal of Surg.* Oct. 1926.)

ALMKVIST (J.). — Tuberkulose und Tertiar-Syphilis. (*Acta oto-laryngol* VIII, 1925, p. 1.)

AUGAGNEUR. — Etude sur l'Hérédo-Syphilis. (Thèse Lyon, 1879.)

BENAZET. — Syphilis héréditaire tardive des os longs. (Thèse Paris.)

BISSERIE. — Deux observations d'ostéo-arthrite syphilitique. (Thèse Montpellier, 1923.)

BROCA. — Origine traumatique de la syphilis articulaire. (*Presse Médicale*, 2 novembre 1921.)

BROCA. — Aspects cliniques de la syphilis articulaire. (*Presse Médicale*, 2 novembre 1921.)

CHARPY. — De la fragilité des os chez les syphilitiques. (*Ann. Dermatol. et Syphil.*, 1905, 25 VI. 269-272.)

CHEMIONADE. — Arthrites syphilitiques secondaires. (*Annales Dermatologie et Syphiligraphie*, 1887, p. 642 ; 1888, p. 466.)

Chenet. — Arthrites de la syphilis héréditaire. (Thèse Paris, 1918.)

Coutela. — Arthrite syphilitique par traumatisme. (Onzième Congrès de Médecine Légale. Paris, 1926.)

Cumtson. — The differential diagnosis of hereditary syphilis and tuberculosis for the bones and the joints. (*Arch. Diagnosis* V, 1912, p. 28.)

Danjou. — Ostéo-arthropathie déformante de l'hérédo-syphilis. (Thèse Paris, 1896.)

Dauzats. — Etude sur l'arthrite syphilitique. (Thèse Paris, 1878.)

Debonnesset. — Considérations sur le diagnostic différentiel entre les manifestations osseuses et articulaires de la Syphilis héréditaire et de la Tuberculose. (Thèse Paris, 1906.)

Defontaine. — De la syphilis articulaire. (Thèse Paris, 1882.

Delecitre. — Histoire de l'Hérédo-Syphilis. (Thèse Paris, 1883.)

Dohen. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant. (Thèse Paris, 1920.)

Dreyfus. — Formes cliniques de la syphilis articulaire de l'adulte. (*Gazette des Hôpitaux*, 1925 — N^os^ 31-33.)

Dufour. — Etiologie syphilitique du Rhumatisme déformant. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 mars 1915.)

Dupont. — Arthrite suppurée hérédo-syphilitique. (*Bulletin et Mém. Soc. de Chir.* Paris, 28 nov. 1923.)

ELIET. — Contribution à l'étude de la Syphilis traumatique. Téguments — Os — Articulations. (Thèse Paris, 1926.)

FOUQUET. — Traité de la Syphilis articulaire. (Thèse Paris, 1905.)

FOUQUET. — Hérédo-Syphilis tardive, hydarthrose bilatérale. (*Société de Dermatologie*, 1913.)

FOURNIER. — Traité de la Syphilis. (Tome II, page 1.)

GASTON. — Syphilis ostéo-articulaire. (*Paris Médical*, 3 mars 1923.)

GAUCHER. — Arthropathies et Syphilis héréditaire. (*Journal Médical*, Paris 1905.)

GAUCHER. — Athrite syphilitique ayant passée à la chronicité. (*Ann. de Dermatol. et de Syph.*, 5 nov. 1908.)

GENEVRIER. — Syphilis et Tuberculose chez l'enfant. (*Bulletin Médical* 1923, p. 393.)

GERSON. — Formes aiguës et subaiguës de la syphilis articulaire.(Thèse Paris, 1927.)

GIBARD. — Contribution à l'étude de la Syphilis articulaire. (Thèse Paris, 1925.)

GRENET-PELISSIER. — Syphilis viscérales tardives.

JAUBERT. — Contribution à l'étude de l'Hérédo-Syphilis. (Thèse Montpellier, 1901.)

LACCIPERE. — Syphilis articulaire chez les Indigènes au Maroc. (*Paris Médical*, 20 septembre 1919.)

LOUSTE. — Désarthrites syphilitiques. (*Journal de Médecine et de Chirurgie prat.*, 10 juillet 1924.)

MENARD. — Recherche de la syphilis dans les affections ostéo-articulaires (avec Mozer. — *Journal de Médecine de Paris* 1923, p. 85.)

MERICAMP. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires. (Thèse Paris, 1882.)

MERLIER. — Arthropathies de l'Hérédo-Syphilis. (Thèse Paris, 1918.)

METAYER. — Manifestations articulaires dans l'hérédo-syphilis. (Thèse Paris, 1904.)

MORESTIN. — Syphilis articulaire. (*Archives générales de Méd.* 1901, p. 101.)

MOZER. — Réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis ostéo-articulaire. (Thèse Paris, 1907.)

NOBECOURT. — Syphilis congénitale et Tuberculose chez les enfants. (*Journal des Praticiens*, 38, 1924, p. 68-85.)

OLIVERS. — La Tuberculosis de Los sifiliticos. (*Semona Med.* XXXII, 1, 1925, p. 548.)

PILLON. — Formes cliniques de la Syphilis articulaire. (Thèse Lyon, 1917.)

PLATEAU. — Sur l'épanchement articulaire dans la syphilis. (Thèse Paris, 1877.)

REBEYROLLE. — Hérédo-Syphilis et Manifestations articulaires. (Thèse Paris, 1902.)

ROGER-WIDAL. — Traité de Médecine. (Tome XXII.)

ROUGIER. — Etude des épanchements articulaires dans l'Hérédo-Syphilis. (Thèse Paris, 1924.)

Salomon. — Arthrite chez un Hérédo-Syphilitique. (*Soc. Ped.*, 17 février 1907.)

Sergent. — Mal de Pott et Syphilis. (*Journal des Praticiens*, 1926, p. 353.)

Vernes Bricq et Gager. — Syphilis et Tuberculose. (*C. R. Soc. de Biol.*, 93, 1925, p. 1425.)

Voisin. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. (Thèse Paris, 1895.)

Weil. — Hydarthrose syphilitique. (*La Médecine*, 1924.)

Weiss (R. F.). — Ueber den Einfluss des Syphilis auf Entsterbung un Verlauf der Tuberkulose. (*Beitr. z. Klinik. der Tuberkul.*, LIV, 1923, p. 165.)

IMPRIMERIE DE COMPIÈGNE
58, Rue de l'Oise, 58
1928